

Artur Januś<sup>1</sup>, Dominika Januś<sup>2</sup>, Jerzy Starzyk<sup>2</sup>, Hanna Dziatkowiak<sup>2</sup>

## STAN ODŻYWIENIA DZIECI W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM A PROCES SEPARACJI OD OSÓB ZNACZĄCYCH\*

NOURISHMENT IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN AND THE PROCESS OF SEPARATION  
FROM IMPORTANT PERSONS

<sup>1</sup> Katedra Psychoterapii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz

<sup>2</sup> Klinika Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Katedry Pediatrii PAiP CM UJ

Kierownik: dr hab. Jerzy Starzyk

body size  
separation

*Artykuł podejmuje problem relacji pomiędzy stanem odżywienia dzieci i preferencjami rodziców oraz dzieci odnośnie sylwetki ciała w kontekście problematyki separacyjnej. Celem prezentowanych badań jest próba odpowiedzi na pytanie, czy przejmowanie kontroli nad stanem odżywienia może odgrywać rolę w procesie uzyskiwania autonomii przez dzieci.*

### Bibl. Jag.

**Summary:** 480 Polish pre-pubertal schoolchildren aged 7 to 9 years and their parents were separately assessed for children's ideal body sizes by means of pictorial figures. Children's height and weight were measured and body-mass indices (BMI) were calculated. 10% of overweight, 38% of undernourished and 31% of normal weight children had a different ideal body size image from their parents'. No differences between boys and girls were found. The authors discuss the meaning of this conflict in the separation process.

### Wstęp

Coraz częstsze występowanie nieprawidłowej masy ciała staje się w krajach rozwiniętych poważnym problemem społecznym, przez co znajduje się w polu zainteresowań nie tylko lekarzy czy dietetyków, ale także psychologów i psychoterapeutów. W krajach tych pożywienie jest powszechnie dostępne i relatywnie tanie, co sprawia, że jego przyjmowanie nie regulowane jest głównie czynnikami psychologicznymi.

W kulturze zachodniej lansowany jest ideał osoby szczupłej, zdrowej i sprawnej [1–4], co przekłada się na coraz większą koncentrację uwagi na masie i wyglądzie ciała, przy czym zjawisko to dotyczy w większym stopniu kobiet niż mężczyzn.

W Stanach Zjednoczonych około 90% kobiet, 40% 13-letnich i 11% 9-letnich dziewcz-

---

\* W pracy wykorzystano dane zgromadzone w trakcie realizowania na terenie Małopolski projektu badawczego „Epidemiologia otyłości prostej u dzieci szkolnych” nr 4P05D06518, kierownik projektu: prof. dr hab. Ewa Małecka-Tendera, Śląska Akademia Medyczna

czą [5] ogranicza ilość przyjmowanego pokarmu lub stosuje diety odchudzające. Jednocześnie stale wzrasta na świecie liczba ludzi otyłych. Uważa się, że 1/3 populacji USA to osoby otyłe [6]. Tak więc zwiększa się zarówno liczba osób nadmiernie odchudzających się, jak i otyłych. Te same tendencje obserwuje się u dzieci [5, 7–13]. Już pięciolatki przywiązują nadmierną wagę do kształtów ciała i zjawisko to nasila się wraz z wiekiem [7, 14, 15].

Dzieje się tak pod wpływem treści przekazywanych przez mass media [1, 3, 4, 16, 17], oraz środowisko, głównie rówieśników, z którymi dziecko przebywa w przedszkolu, szkole lub poza nią. Niekiedy także rodzice, zwłaszcza matki ściśle kontrolujące swoją dietę, wywierają opisywany wpływ na dzieci [1, 18].

Ilość i jakość spożywanego pokarmu oraz aktywność fizyczną dziecka, będące najważniejszymi czynnikami wpływającymi na stan odżywienia, w dużej mierze określają rodzice [2, 19–21]; początkowo ich kontrola nad tą sferą jest zupełna i stopniowo zmniejsza się w miarę uzyskiwania przez dziecko samodzielności.

Karmienie odgrywa bardzo ważną rolę w budowaniu relacji między matką a dzieckiem [2, 22, 23]; początkowo w znaczeniu dosłownym, a z biegiem czasu bardziej symbolicznym jest jedną z głównych treści rodzicielstwa. Rodzice przywiązują dużą wagę do karmienia, co może mieć związek z postrzeganiem przez niektórych rodziców dziecka z dobrze rozwiniętą tkanką tłuszczową (często nadmiernie rozwiniętą według kryteriów medycznych) jako zdrowego i zadbanego [22]. Prawdopodobnie dlatego jedzenie odgrywa tak ważną rolę w różnych rytuałach społecznych służących budowaniu i podtrzymywaniu więzi, nie jest więc przypadkiem, że większość uroczystości rodzinnych odbywa się przy stole.

Charakterystyczne dla zaburzeń jedzenia zachowania, polegające na skrupulatnym kontrolowaniu diety i ograniczaniu przyjmowania pokarmów lub ich odrzucaniu poprzez wymioty, ważeniu posiłków, liczeniu ich wartości kalorycznej, często także sporządzaniu posiłków dla całej rodziny oraz lęk przed przytyciem [3, 5] są być może próbą przejęcia kontroli nad — będącą pierwotnie wyłącznie rodzicielską — funkcją karmienia. Tym samym zabiegi te służą psychologicznemu oddzielaniu się od osób znaczących [16, 24, 25].

Celem pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, czy kontrola stanu odżywienia może odgrywać rolę w procesie uzyskiwania autonomii przez dzieci niechorujące na zaburzenia jedzenia.

### **Materiał i metody**

Badaniem objęto 480 dzieci w wieku przedpokwitaniowym (8–9 lat), w tym 252 dziewczynki i 228 chłopców. Doboru reprezentatywnej grupy dokonano na podstawie list uczniów wybranych szkół podstawowych z województwa małopolskiego wg metody klasterowej. Wśród rodziców wybranych dzieci została rozprowadzona ankieta zawierająca cztery identyczne zestawy siedmiu rysunków sylwetki dziecka, w zależności od płci badanego dziecka — chłopca lub dziewczynki, kolejno od wychudzonego do otyłego. Rodzice zaznaczyli, któremu rysunkowi odpowiada sylwetka ich dziecka, dzieci — która odpowiada ich sylwetce, oraz którą sylwetkę uważają za optymalną. U każdego dziecka zakwalifikowanego do badania dokonano pomiarów masy ciała i wzrostu oraz określono BMI, który następnie odniesiono do norm wiekowych zawartych w siatkach centylowych wysokości i masy ciała.

ła (siatki centylowe opracowane w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie [6]). Wartość 10 i 90 percentyla przyjęto za dolną i górną granice normy, w obrębie której wydzielono podgrupę dzieci o BMI pomiędzy 25 a 75 percentylem — mieszczących się w „wąskiej normie”, wartości poniżej 10 percentyla kwalifikowały dziecko jako niedożywione, powyżej 90 — jako dziecko z nadwagą/otyłe [26, 27].

Według wyżej wymienionych kryteriów dzieci podzielono na pięć grup (I grupa — BMI poniżej 10 percentyla, II grupa — BMI między 10 a 25 percentylem, III grupa — BMI pomiędzy 25 a 75 percentylem, IV grupa — BMI pomiędzy 75 a 90 percentylem, i V grupa — BMI powyżej 90 percentyla). Uzyskane w ankiecie odpowiedzi podzielono na trzy grupy: sylwetka uważana za optymalną przedstawia dziecko gorzej odżywione niż sylwetka określona jako rzeczywista (1), sylwetka optymalna taka sama jak rzeczywista (2), sylwetka optymalna przedstawia dziecko lepiej odżywione niż sylwetka rzeczywista (3).

Następnie w poszczególnych grupach wyróżnionych ze względu na BMI, z podziałem na płeć dziecka oraz miejsce zamieszkania (miasto lub wieś), porównywano preferencje rodziców i dzieci dotyczące pożądanej sylwetki ciała dziecka. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, posługując się testem dokładnym Fishera, testem  $\chi^2$  oraz testem frakcji.

## Wyniki

Pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na płeć czy miejsce zamieszkania (miasto lub wieś) nie stwierdzono różnic w rozkładzie niedożywienia i nadwagi/otyłości ani preferowanej przez rodziców i dzieci sylwetki, dlatego w dalszej analizie grupy te traktowano łącznie.

Preferencje rodziców oraz preferencje dzieci (oddzielnie) przedstawiono w tabelach 1 i 2.

**Sylwetka dziecka preferowana przez rodziców**

Tabela 1

BMI	N	n.	n./N	$n_0$	$n_0/N$	$n_+$	$n_+/N$
< 10	39	1	2,6%	14	35,9%	24	61,5%
10–25	73	1	1,4%	34	46,6%	38	52,1%
25–75	245	14	5,7%	145	59,2%	86	35,1%
75–90	53	14	26,4%	35	66,0%	4	7,5%
> 90	40	32	80,0%	8	20,0%	0	0,0%

BMI — przedział BMI

N — liczebność grupy

$n$  — liczba rodziców preferujących sylwetkę dziecka szczuplejszą niż obecna

$n_0$  — liczba rodziców preferujących aktualną sylwetkę dziecka

$n_+$  — liczba rodziców preferujących sylwetkę dziecka tęższą niż obecna

Tabela 2

**Sylwetka dziecka preferowana przez samo dziecko**

BMI	N	n.	n./N	N <sub>0</sub>	n <sub>0</sub> /N	n <sub>+</sub>	n <sub>+</sub> /N
< 10	39	6	15,4%	16	41,0%	17	43,6%
10–25	73	8	11,0%	38	52,1%	27	37,0%
25–75	245	43	17,6%	139	56,7%	63	25,7%
75–90	53	23	43,4%	28	52,8%	2	3,8%
> 90	40	30	75,0%	9	22,5%	1	2,5%

BMI — przedział BMI

N – liczebność grupy

n – liczba dzieci preferujących sylwetkę szczuplejszą niż obecna

n<sub>0</sub> – liczba dzieci preferujących aktualną sylwetkęn<sub>+</sub> – liczba dzieci preferujących sylwetkę cięższą niż obecna

Różnice między rozkładami tych preferencji stwierdzono tylko w grupach II (BMI z przedziału 10-25 pc,  $p=0,042$ ) oraz III (BMI 25-75 pc,  $p<0,0005$ ). W obu grupach podobna liczba rodziców i dzieci wskazuje sylwetkę obecną jako optymalną, natomiast rodzice niezadowoleni z obecnego stanu odżywienia dziecka częściej niż dzieci wskazują jako optymalną sylwetkę dziecka lepiej odżywionego niż szczuplejszego (w grupie BMI 10-25 rodzice 20 razy częściej, podczas gdy dzieci 3 razy częściej, w grupie BMI 25-75 odpowiednio 5,5 i 1,5 razy częściej).

W grupie I rozkłady różnią się na poziomie istotności  $p=0,098$ . Według kryteriów przyjmowanych w badaniach biologicznych nie jest to różnica istotna statystycznie, ale biorąc pod uwagę niewielką liczebność tej grupy można przypuszczać, że w populacji różnica ta występuje podobnie jak w grupach 2 i 3.

Bardziej szczegółowych informacji dostarcza zestawienie sylwetek uważanych za optymalne przez dzieci z sylwetkami wskazanymi jako optymalne przez ich rodziców (tabela 3).

Tabela 3

**Sylwetka preferowana przez dziecko a sylwetka preferowana przez rodziców**

BMI	N	n.	n./N	n <sub>0</sub>	n <sub>0</sub> /N	n <sub>+</sub>	n <sub>+</sub> /N
< 10	39	12	30,8%	24	61,5%	3	7,7%
10–25	73	18	24,7%	50	68,5%	5	6,8%
25–75	245	56	22,9%	171	69,8%	18	7,3%
75–90	53	15	28,3%	36	67,9%	2	3,8%
> 90	40	1	2,5%	36	90,0%	3	7,5%

BMI – przedział BMI

N – liczebność grupy

n – liczba dzieci preferujących sylwetkę szczuplejszą niż preferowana przez ich rodziców

n<sub>0</sub> – liczba dzieci preferujących sylwetkę taką samą jak preferowana przez ich rodzicówn<sub>+</sub> – liczba dzieci preferujących sylwetkę cięższą niż preferowana przez ich rodziców

Rozkłady w grupach 1–4 nie różniły się między sobą ( $p=0,933$ ). W ponad 60% preferencje rodziców i dzieci były zgodne, w pozostałych przypadkach dzieci 3–5 razy częściej wskazywały sylwetkę szczuplejszą niż ich rodzice. Rozkład w grupie 5 różnił się od pozostałych grup. Preferencje były tu zgodne w około 90%.

### Dyskusja i wnioski

Przedstawione wyniki świadczą o dużym podobieństwie między sylwetkami uważanymi za optymalne przez rodziców i dzieci. Jest to zrozumiałe, ponieważ we wczesnym wieku szkolnym nadal duży wpływ na dziecko ma najbliższa rodzina, chociaż poprzez nawiązywanie pozarodzinnych kontaktów społecznych dziecko zaczyna przyswajać sobie inne wzorce. Nawet jeśli się przyjmie, że tak duże podobieństwo w części przypadków może wynikać z niezastosowania się respondentów do instrukcji wypełniania ankiety i uzgadniania między rodzicami i dziećmi udzielanych odpowiedzi, to również przemawiałoby to za małą autonomią badanych dzieci.

Uzyskane wyniki wskazują, że w przypadku 31% prawidłowo odżywionych dzieci dochodzi do rozbieżności między nimi a ich rodzicami w ocenie optymalnej sylwetki ciała —  $\frac{3}{4}$  spośród nich chce być szczuplejsze niż życzą sobie rodzice, a  $\frac{1}{4}$  lepiej odżywiona. Rysuje się tendencja, wymagająca weryfikacji na większej próbie, do preferowania przez rodziców sylwetki nieco lepiej odżywionej niż preferowana przez ich dzieci. Trudno określić, w jakim stopniu jest to związane z wpływem czynników kulturowych, a w jakim wynika z naturalnych skłonności dziecka. Podobne wyniki uzyskano, badając preferencje dzieci australijskich w wieku 8–12 lat [28];  $\frac{1}{2}$  dzieci chorwackich w wieku 5–7 lat preferowała sylwetkę szczuplejszą niż obecna [29].

Preferencje dzieci z nadwagą/otyłością są prawie identyczne z preferencjami rodziców (90%), co może świadczyć, że jest to grupa bardziej zależna. Koresponduje z tym ich mniejsza aktywność fizyczna i więcej czasu spędzanego w domu. Zwykle dzieci te spotykają się z ostracyzmem w środowisku rówieśniczym [30]. Odwrotne zjawisko ma miejsce w przypadku dzieci o prawidłowej masie ciała i niedożywionych. Ich sylwetka jest akceptowana przez środowisko rówieśnicze jako zgodna z obowiązującymi wzorcami, ale w znacznej części przypadków nie jest zgodna z oczekiwaniami rodziców. Istnieją badania wskazujące, że akceptacja przez rodziców kształtów ciała dziecka wpływa pozytywnie na jego samoocenę [31].

W tym świetle przejmowanie kontroli nad stanem odżywienia może być jednym z elementów w procesie separacji od osób znaczących. Zjawisko to, szczególnie ostro występujące w zaburzeniach jedzenia [5], nie jest jednak, jak się wydaje, charakterystyczne tylko dla tych chorób. Być może jest nawiązaniem do wcześniej występującego źródła konfliktów, towarzyszącego całej historii relacji między dzieckiem a rodzicami, swoistą kontynuacją plucia będącego wyrazem agresji dziecka wobec opiekującej się nim osoby. Konflikt związany z procesem karmienia może pełnić podobną funkcję jak trening czystości. Zaobserwowano, że dziecko ma tendencję do unikania pokarmów, do których przyjmowania nakłaniają go rodzice, i chętnego spożywania tych, do których dostęp jest ograniczony [23].

Skupiając się na kształcie sylwetki, zasygnalizowano powyżej jeden z możliwych aspektów złożonej problematyki zaburzeń odżywiania się. Podobnie jak niemowlę, które w trakcie

karmienia buduje więź z matką, równocześnie realizując tendencje agresywne, tak dziecko, czy osoba dorosła, poprzez rytuały związane z przyjmowaniem pokarmu oraz często będący ich konsekwencją stan odżywienia może budować lub niszczyć relacje z innymi ludźmi. Na przykład wspólne spożywanie posiłku buduje relacje, ale objadanie się może służyć samouspokojeniu, a tym samym zastępowaniu realnych związków. Otyłość często prowadzi do zawężenia grona znajomych, osobom takim trudniej znaleźć partnera czy pracę [32]. Podobnie odchudzanie się może służyć separacji od rodziny lub/i dostosowaniu się do wymagań środowiska [4], może też być związane z odmową podejmowania nowych ról społecznych.

Występowanie nieprawidłowej masy ciała nie zawsze wynika z problemów natury psychologicznej, wydaje się jednak, że zwykle bezpośrednio lub pośrednio skutkuje takimi problemami. Jeśli nie stanowi głównego powodu zgłoszenia się pacjenta do lekarza, zdarza się, że w procesie terapii obszar ten nie jest poddawany refleksji. Terapeuta traktuje wtedy nieprawidłowy stan odżywienia raczej jak niezależny od pacjenta defekt niż potencjalny objaw zaburzeń, taki sam, jak ślady po samouszkodzeniach czy nadużywanie alkoholu.

Wydaje się więc zasadne omawianie tej problematyki między innymi w kontekście norm istniejących w środowisku pacjenta.

#### Piśmiennictwo

1. Field A. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatr.* 2001; 107: 54–60.
2. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press, Inc; 2000.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Maryland: Williams & Wilkins; 1998.
4. Wolska M.: Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
5. Józefik B, Pilecki M. *Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się*. W: Józefik B, red. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
6. Palczewska I, Niedźwiecka Z. *Siatki centylowe do oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*. Warszawa: Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży. Instytut Matki i Dziecka; 1999.
7. Czupryńska-Smorczewska B, Farbiszewska-Ustymowicz J, Karczewski J. Ocena występowania nadwagi i otyłości u dzieci szkół podstawowych Białegostoku i okolic. *Przegl. Pediatr.* 2000; 30 (4): 303–306.
8. Editorial: Childhood obesity: an emerging public-health problem. *Lancet* 2001; 357: 1989.
9. Kluczyńska-Rymkiewicz B, Pyrzak B, Dembińska-Fajęcka E, Majcher A. Otyłość u dzieci i młodzieży. *Med. Pediatr.*, 1999; 5: 3–8.
10. Oblacińska A, Wrocławska M, Woynarowska B. Częstość występowania nadwagi i otyłości w populacji w wieku szkolnym w Polsce oraz opicka zdrowotna nad uczniami z tymi zaburzeniami. *Pediatr. Pol.* 1997; 3: 241–245.
11. Odcd Bar-Or. Otyłość młodzieńcza, aktywność fizyczna i zdrowy styl życia. Postępowanie lecznicze i profilaktyka. *Med. Dypl.* 2001; 10: 18–24.
12. Wabitsch M.: Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur. J. Pediatr.* 2000; 159: 8–13.
13. Zimmermann MB, Hess SY, Hurrell RF. A national study of the prevalence of overweight and obesity in 6–12 years old Swiss children: body mass index, body-weight perceptions and goals. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2000; 54: 568–572.

14. Sands R, Ricker J, Sherman C, Armatas C, Maschette W. Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 21: 159–166.
15. Davison K, Markey C, Birch L. A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 33: 320–332.
16. Jordan A. The role of media in children's development: an ecological perspective. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2004; 25: 196–206.
17. Schwartz D, Thompson M, Johnson C: Anorexia nervosa and bulimia: the socio-cultural context. *Int. J. Eat. Disord.* 1982; 3: 20–36.
18. Tiggemann M, Lowes J. Predictors of maternal control over children's eating behavior. *Appet.*, 2002; 39: 1–7.
19. Benton D.: Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2004; 28: 1189–1196.
20. Kleges R, Malott J, Boschec P, Weber J. The effect of parental influences on children's food intake, physical activity and relative weight. *Int. J. Eat. Disord.* 1986; 5: 335–346.
21. Guillaume M, Lapidus L, Lambert A. Otyłość i sposób żywienia dzieci. Wyniki IV badania belgijsko-luksemburskiego. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1998; 52: 323–328.
22. Blaim A. Biomedyczne problemy rozwoju dziecka. W: Ziemska M, red. *Rodzina i dziecko*. Warszawa: PIW; 1979.
23. Charone J. Eating disorders: their genesis in the mother-infant relationship. *Int. J. Eat. Disord.* 1982; 4: 15–43.
24. Orwid M. Wstęp do: Anoreksja i bulimia psychiczna, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
25. Strober M, Humphrey L. Familial contribution to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1987; 55: 654–659.
26. Nowak S, Nowak SS. *Proceduryka pediatrii*. Warszawa: PZWL; 1987.
27. Tendera-Malcicka E. Otyłość w wieku rozwojowym. *Standardy Medyczne* 2001; 17: 21–24.
28. Rolland K, Farnill D, Griffiths RA. Children's perceptions of their current and ideal body sizes and body mass index. *Percept. Mot. Skills*, 1996; 82: 651–656.
29. Ambrosi-Randic N. Perception of current and ideal body size in preschool age children. *Percept. Mot. Skills*, 2000; 90: 885–889.
30. Janssen J, Craig W, Boyce W, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatr.* 2004; 113: 1187–1194.
31. Pierce JW, Wardle J. Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1993; 34: 1125–1136.
32. Wake M, Salmon L, Waters E, Wright M, Hesketh K. Parent-reported health status of overweight and obese Australian primary school children: a cross-sectional population survey. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2002; 26: 717–724.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

